POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE.

Marzec.	ROCZNIK DZIESIĄTY.	1908.

I. PRACE ORYGINALNE.

O zmianie refrakcyi oka w niektórych przypadkach rozpoczynającej się zaćmy korowej.

Napisał

Prof. Dr MACHEK.

Pierwsze spostrzeżenia dotyczące zmiany refrakcyi w przypadkach rozpoczynającej się zaćmy ogłosił F. Walther[1]). Zwrócił mianowicie uwagę na to, że równocześnie ze zaćmieniem kory soczewkowej występuje w miarowych albo nadmiarowych dotąd oczach, myopia. Chorzy z zadowoleniem opowiadają lekarzowi, że dotąd czytali przy pomocy szkieł wypukłych a teraz wolnem mogą czytać okiem, a radzą się tylko z tego powodu, że przedmioty odległe widzą znacznie gorzej. Dziś wiemy, że takie zaćmienia soczewki wolno postępują, a chorzy pomimo tworzącej się zaćmy i upośledzenia bystrości wzroku, długie lata bez okularów czytać mogą. W tych przy-

[1]) Becker. Pathologie und Therapie des Linsensystems, 1977 i Walther, Cataractologie, Walthers und Ammons Journ. 1846.

padkach rozpoczynająca się zaćma, sprawia powiększenie siły łamiącej soczewki.

Otóż mogę zdać sprawę ze spostrzeżeń, które dowodzą niewątpliwie, że w pewnych przypadkach rozpoczynającej się zaćmy korowej, którą słusznie nazywa Hess[1]) podtorebkową, równocześnie ze zaćmieniem kory, występuje zmniejszenie siły łamiącej oka.

Powstawanie myopii przy rozpoczynającej się zaćmie ma swoją literaturę, o zmniejszeniu refrakcyi przy rozpoczynającej się zaćmie mamy tylko niejasne, często z teoretycznych rozumowań płynące wzmianki w literaturze, spostrzeżeniami niepoparte.

Zanim bliżej omówię wynik moich spostrzeżeń, chcę naprzód podać szczegóły, spostrzegane w tym przypadku, który zwrócił uwagę moją na zjawisko o którem mówię.

D. E., l. 41, radzi się w r. 1884 z powodu krótkiego wzroku. Na pr. i l. oku V $^{6}/_{36}$, z—3· D $^{6}/_{6}$. Zalecono — 2·5. Po 16 latach 2. III. 1900 zgłasza się z powodu urazowego podbiegnięcia krwią spojówki i przy tej sposobności podaje, że zalecone szkła używał do niedawna na ulicy. W ostatnim miesiącu ich nie używa, chyba, że chce bardzo dokładnie widzieć, gdyż także bez szkieł dość dobrze widzi. Badanie wykazuje: Pr. o. $^{6}/_{12}$?—1·0 D $^{6}/_{12}$. Vis l. $^{6}/_{36}$, z—3 D $^{6}/_{6}$. Pr. o. czyta z + 2·0 D Sn. 0·5, l. o. bez szkła 0·3 Schweigera w odległości 33 cm. Istotnie teraz widział bez szkieł o wiele lepiej; dawniej tylko $^{6}/_{36}$, a teraz prawem $^{6}/_{12}$; szkła były zbyteczne. Chciał zaś bardzo dobrze widzieć, to założył szkła i widział lewem $^{6}/_{6}$.

Wziernik wykazał na pr. oku zaćmienie kory soczewkowej na obwodzie w postaci obłoczków ostro odgraniczonych, składających się z drobnych kresek i punkcików. Naośne części soczewki przezroczyste.

Należało przypuścić, że skutkiem powstających w korze zaćmień, zmniejszyła się siła łamiąca oka pr. o 2 D. Ponie-

---

[1]) Hess Carl. Pathologie und Therapie des Linsensystems. 1905.

waż jednakże czegoś podobnego się nie spostrzega, tedy sądziłem, że może przed 16 laty nie badałem każdego oka z osobna, chociaż to zawsze czynię. Przez następnych 12 tygodni utrzymuje się na pr. o. V $^6/_{12}$; później nastąpiło pęcznienie soczewki, a z końcem 1902 dojrzenie. Chory na odległość używa znowu szkieł wklęsłych; wykonania operacyi zaćmy wobec zdrowego lewego oka nie doradzam.

28. IX. 1904 zgłasza się teraz już 61 lat mający chory i podaje, że przez 6 tygodni bawił w górach, gdzie z zasady nie czytał i nie pisał, co wzmocniło jego wzrok. Teraz bez szkieł widzi doskonale na dal, szkłami zaś o wiele gorzej. Rozpoznaje dalekie góry z wielką dokładnością. Powróciwszy jednakże do domu chciał pracować i spostrzegł, że czytać nie może, założywszy zaś szkła swojej żony (+ 1·5 D) czyta dobrze. Badanie wykazuje: l. o. $^6/_{12}$, z—1·25 $^6/_6$? nie wszystkie litery; z + 1·5 D. Sn 0·5. W korze na obwodzie widać obłoczkowate zaciemnienia, środek soczewki odpowiadający źrenicy jest przezroczysty.

Powtórzyło się tedy z przystającą dokładnością na oku lewem to, co przed przeszło 4 laty zdarzyło się na oku prawem. Na obwodzie zaćmiła się kora, a równocześnie myopia się zmniejszyła. Względna bystrość wzroku się poprawiła (z $^6/_{36}$ na $^6/_{12}$), chociaż bezwzględna się nieco zmniejszyła. Nie ulegało wątpliwości, że w r. 1884 nie zaszła pomyłka w badaniu i że tak na pr. jak i na l. z wystąpieniem zaćmień korowych myopia się zmniejszyła.

O dalszym przebiegu podaję już tylko w krótkości kilka dat: 28. X. 1904. L. o. $^6/_{18}$ — 1·25 $^6/_{12}$. Z + 1·5 D. Sn. 0·5 z trudnością. 22. XI. 1904. L. o. $^6/_{24}$ — 1·25 $^6/_{18}$? Z + 1·5. Sn. 0·8. Tylna kora się zaciemnia. 22. XII. 1904. L. o. $^6/_{36}$ — 1·5 $^6/_{24}$? Z + 1·5. Sn. 1·0 z trudnością. Na prawem oku wykonano operacyę zaćmy w grudniu 1904. W marcu 1905. Pr. o. + 9·0 D ⌒ Cyl. + 1·5 D oś pion. Vis $^6/_6$. Na l. o. zaćma pęczniejąca.

P o w y ż s z e s p o s t r z e ż e n i e poucza, że w pewnych

przypadkach rozpoczynających się zaćm korowych zmniejsza się refrakcya oka.

Podczas kiedy zjawisko powstawania myopii, a więc zwiększenia siły łamiącej oka ogólnie już jest znane, nie znachodzimy w literaturze okulistycznej wyraźnej wzmianki o możebności zmniejszenia się refrakcyi.

Dlaczego tak jest, nietrudno wytłumaczyć. Przedewszystkiem wykazanie zmniejszenia siły łamiącej oka o 1 do 2 D i to w przypadkach rozpoczynającej się zaćmy w zwykłych warunkach niema praktycznej doniosłości, dalej potrzeba aby to stwierdzić, znać dokładnie refrakcyę przed wystąpieniem rozpoczynającej się zaćmy, a wreszcie co jest najważniejsze, że tylko w takich przypadkach da się zjawisko stwierdzić, w których zaćmienia są na obwodzie umiejscowione, skutkiem czego wogóle stwierdzenie dokładne refrakcyi jedną z używanych metod jest jeszcze możebne. Nie zwrócono tedy uwagi na obniżenie refrakcyi w tych przypadkach, z tego powodu, że najczęściej nie znano dokładnie refrakcyi poprzedniej, i że chorzy z wyłącznie obwodowemi zaciemnieniami nie tak często się zgłaszają.

Należałoby także dać odpowiedź na pytanie, w jaki sposób można wytłumaczyć zmniejszenie siły łamiącej.

Naprzód należy stwierdzić, że zmniejszenie refrakcyi oka jako całości, zależy tu od zmian w soczewce, gdyż równocześnie z zaćmieniami w korze wystąpiło. Trudnoby w inny sposób wytłumaczyć zjawisko, które wystąpiło z równoczesnem zaćmieniem kory soczewkowej naprzód na jednem a potem na drugiem oku.

Co do wytłumaczenia przyczyny zjawiska, to najprawdopodobniejszem jest następujące.

Wiadomo, że Hess[1]) wykazał, że wszystkie przy tworzeniu się zaćmy korowej dotąd spostrzegane anatomiczne i kli-

---

[1]) j. w. i Hess Carl: Die Anomalien der Refraction und Accomodation des Auges mit einleitender Darstellung der Dioptrik des Auges. 1902.

niczne zjawiska dadzą się wytłumaczyć, jeżeli przyjmiemy, że przybłonek torebki soczewkowej, wytwarzający włókna soczewkowe w pewnej części zanika. Skutkiem tego włókna soczewkowe w mniejszej ilości się wytwarzają i soczewka się zmniejsza, nieco lżejszą się staje, zaczem znowu idzie, że także jako mniejsza i spłaszczona, słabiej łamie promienie. Później dopiero kora przyjmuje wodę i pęcznieje. Pęcznienie stanowi drugi późniejszy okres zaćmienia soczewki, w którym już mówić nie można o soczewce jako środku łamiącym. Raczej się staje środkiem pochłaniającym i rozpraszającym promienie światła. Zapatrywania i rozumowania Hessa pozostają w zgodzie ze spostrzeżeniami mojemi obniżeń refrakcyi soczewki w samych początkowych okresach zaćmień podtorebkowych.

Tu dodać muszę, że teoretycznie rzecz rozpatrując, można wskazać jeszcze inne przyczyny mniej lub więcej prawdopodobne, które tłumaczą wysunięcie się kresu oddali. Wspomnę o nich w krótkości.

Priestley Smith ważył zdrowe i zaciemniające się soczewki i wykazał, że soczewki z zaćmą rozpoczynającą się, są bez wyjątku lżejsze niż prawidłowe. Średnio ważą soczewki przezroczyste, wyjęte z oczu ludzi starszych niż lat 60 0.240 gr, podczas kiedy lekko zaciemnione u ludzi tego samego wieku mniej ważyły niż 0.2 gr i to w niektórych przypadkach znacznie mniej (średnio 0.185 gr). Jeżeli tedy przyjąć należy, że soczewki zaciemniające się są lżejsze, a więc mniejsze, tedy stają się prawdopodobnie także skutkiem spłaszczenia słabiej łamiące. To z początku nieznaczne spłaszczenie może zmniejszyć siłę łamiącą soczewki. Tu jednakże należy wspomnieć, że Hess nie bez słuszności na to zwraca uwagę, iż jest możebne, że zaćmione soczewki już przed zaćmieniem były lżejsze i właśnie dlatego, jako z góry mniej prawidłowo ukształcone się zaciemniły.

Na obniżenie siły łamiącej soczewki, może mieć także wpływ zmiana współczynnika załamywania kory soczewkowej.

Współczynnik załamywania soczewki jest tem większy,

im większa jest różnica pomiędzy współczynnikiem kory i jądra. Gdyby tedy współczynnik załamywania kory, w której się odbywa sprawa chorobowa, powiększył się, wtedy soczewka *in toto* słabiej by załamywała. Wiadomo, że w ten sposób Heine tłumaczy schyłkową hypermetropię oka prawidłowego. Czy jednakże zaciemnienie kory wpływa na współczynnik załamywania podwyższająco, należałoby jeszcze zbadać.

Priestley Smith, jak wiadomo, wykazał, że także równomierny wzrost soczewki zwiększa oddalenie ogniskowe. To tłumaczenie w naszym wypadku jest wykluczone, gdyż zmiana refrakcyi pozostawała w związku z zaciemnieniem i zbyt szybko wystąpiła, aby stosunki wzrostu soczewki mogły na to wpłynąć. Także spłaszczenie soczewki, zmiana krzywizny, przez utratę cieczy, o czem wspominają prace Deutschmanna[1]) i Jacobsena, mogły poniekąd nasz przypadek wytłumaczyć. Chodzi tu właśnie o rozpoczynającą się zaćmę, kliniczne spostrzeganie zaś poucza, że soczewka dopiero w późniejszych okresach większą ilość cieczy przyjmuje.

Wspomniałem już, że brak praktycznej doniosłości sprawił, że rzecz, o której mówię, nie znalazła w nauce należytego uwzględnienia. Mnie wreszcie chodzi przedewszystkiem o stwierdzenie biologicznego faktu. Pod pewnym względem jednakże także praktyk się ze sprawą zetknie. Jeżeli chory dotknięty zaćmą korową rozpoczynającą się, był myopem, to się względna bystrość wzroku na czas jakiś poprawić może, rzecz, która ma pewne praktyczne znaczenie. Chory przed ociemnieniem widzi lepiej. W czasach, w których dla braku racyonalnych metod badania, większą wagę przykładano do symptomatologii, rzecz ta była znana. I tak, F. Walther (1847) znakomity symptomatolog wspomina: »że przecież w niektórych przypadkach, wzrok chorych bezpośrednio przed zaciemnieniem soczewki miewa wyjątkową i niezwykłą bystrość.«

Gdyby chory zaś był emetropem lub hypermetropem

---

[1]) Deutschmann. Untersuchungen zur Pathogenese der Katarakt. Archiv. f. Ophtalmologie XXIII i XXV.

zmniejszenie łamliwości soczewki, skutkiem rozpoczynającej się zaćmy musiałoby obniżyć nietylko bezwzględną ale także względną bystrość wzroku. Lekarz rozpoznając zaćmę rozpoczynającą się, odniósłby upośledzenie wzroku do zaćmy. Tymczasem prawdopodobnem jest, że chory zgłasza się do lekarza, nie tylko z powodu zaćmień soczewki ale także z powodu zmniejszenia zdolności załamywania soczewki, a więc z powodu przejścia emetropii w hypermetropię, a hypermetropię w wyższą hypermetropię. Wiadomą jest zresztą rzeczą, że chorzy z rozpoczynającą zaćmą wkładają chętnie silniejsze szkła wypukłe [Donders[1]), Becker[2])]. Tłumaczyliśmy sobie to tem, że powiększenie jest większe, że chory może bliżej trzymać książkę oczów; mojem zaś zdaniem nietylko z tych powodów, chory szkłem więcej wypukłem lepiej widzi, ale także dlatego, że z powstaniem zaćmień korowych zdolność załamywania soczewki się zmniejszyła, a więc ubytek zastąpić należy silniejszem szkłem wypukłem. I istotnie szereg spostrzeżeń pouczył mnie, że z pierwszem wystąpieniem zaćmy korowej także u chorych z miarową i nadmiarową budową oczów, refrakcya oka się nieco zmniejsza (0·75—1·5 D).

Jak się o tem przekonać można? Potrzeba notować dokładnie refrakcyę oka, zanim zaćma wystąpi. Szczególnie chorzy, którzy stracili jedno oko, z obawy utraty drugiego dają się chętnie częściej badać i właśnie w takich przypadkach zdołałem to stwierdzić. Przytaczam jeszcze w krótkości następujące dwa przypadki:

1. H. O., 62 l. 9. VI. 1905. Pr. o. $^6/_{24}$? + 1· D $^6/_{24}$. *Cataracta subcapsularis nubeculosa*. L. o. $^6/_{12}$ + 1·D $^6/_6$. Z + 4· D czyta Nieden 0·4 na 33 cm.

13 II. 1906. Od 3 tygodni widzi gorzej l. okiem. L. o. $^6/_{18}$. Z + 2·0 D $^6/_{12}$. Z + 5·0 D. Nied. 0·4 w odległości 33 cm. Przedmiotowe badanie refrakcyi po zapuszczeniu homa-

---

[1]) Donders. Die Anomalien der Refraction und Accomodation. Wien. 1888.

[2]) j. w.

tropiny wziernikiem i skiaskopem wykazuje hypermetropii 2·0 D. W przedniej korze na obwodzie widać drobne zaciemnienia, które dochodzą do źrenicy. Zmniejszenie refrakcyi z wystąpieniem zaciemnień wynosiło 1·0 D.

2. N. M., 57 l. Stracił w lutym 1906 l. o. skutkiem wybroczyn siatkówkowych. *Pr. o.* $^6/_6$? — 0·75 $^6/_5$. W maju 1907 podaje chory pełen obawy o los oka zdrowego, że jemu się zdaje, że widzi niem lepiej. Pr. o. V $^6/_6$. Z + 0·5 D $^6/_6$. (Mamy H + 0·5 a dawniej była M — 0·75, zmniejszona refrakcya o 1·25 D). Wziernik wykazuje przy rozszerzonej źrenicy na obwodzie drobne zaciemnienia w korze. Przy zwężonej źrenicy zaciemnień w soczewce nie widać.

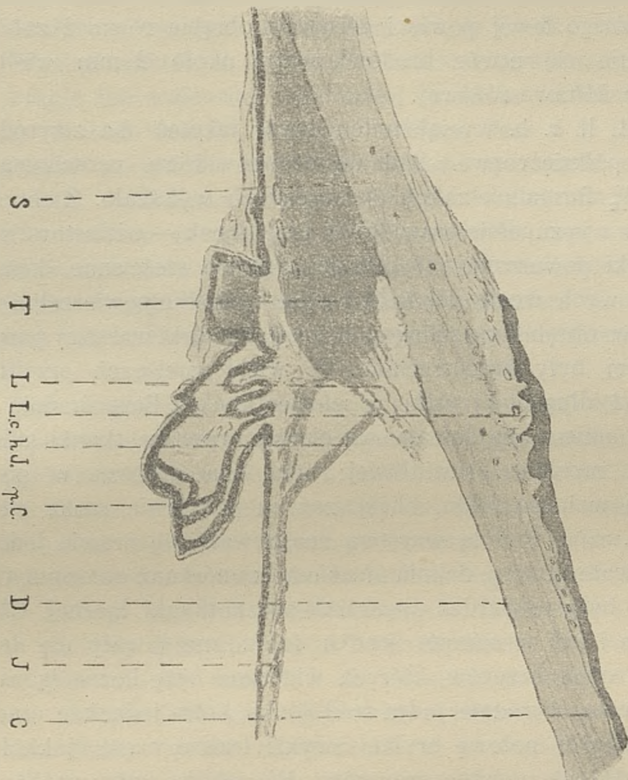
Jeszcze o szklistem zwyrodnieniu spojówki.

Podał

DR KONRAD RUMSZEWICZ

(w Kijowie).

1. W roku zeszłym opisałem w »Postępie« przypadek szklistego zwyrodnienia spojówki. W rok później chory zgłosił się do mnie ponownie z powodu nawrotu cierpienia. Badanie wykazało: pozostało bardzo nieznaczne opadnięcie obu górnych powiek, wskutek czego szpary powiek są cokolwiek węższe, lecz w okolicy kąta wewnętrznego z obu stron spostrzegać się dają utwory w postaci dość grubych języków, przykrytych w części przez powieki. Języki owe dochodzą do brzegu spojówki, przy ruchu zaś zbieżnym oczu, zwłaszcza przy ruchu ku wewnątrz przykrywają nawet część rogówki. Oczywiście powstały one z załamków półksiężycowych; zaokrąglone brzegi wolne, miały grubości 2 mm.; barwa bladoróżowa, w środku podstawy i ku wewnątrz zajdują się zanikłe w części mięska łzowe. Obie powieki łatwo dają się odwinąć, w okolicy załam-



Objaśnienie rysunku.

S — twardówka.
T — mięsień rzęskowy.
L — rozerwane więzadło grzebieniaste.
Lc — rąbek spojówki.
hJ -- wyrostek tęczówki.
pC — wyrostek rzęskowy.
D — błona Descemeta.
J - tęczówka.
C — rogówka.

ków widoczne są blizny, po uprzedniej operacyi powstałe. Po za tem spojówka zarówno załamków jakoteż chrząstek i gałki przedstawia się zupełnie prawidłowo, tylko nieopodal kąta zewnętrznego lewej powieki górnej w obrębie również załamka, znajduje się utwór brodawkowaty, około 2 mm wielkości, barwy żółtawo-różowej.

1. II. r. b. wyciąłem ten utwór jakoteż oba zwyrodniałe fałdy półksiężycowe. Badanie drobnowidowe przechowanych w 10% formalinie załamków wyciętych wykazało. Z obu stron pokrywa je zupełnie prawidłowy przybłonek — wielowarstwowy, komórki powierzchowne płaskie, głębokie sześcienne, komórek puharowych wcale nie było i tylko w środku powierzchni przedniej w obrębie szczeliny położonej, komórki warstwy powierzchownej były zrogowaciałe. W wielu miejscach przybłonek tworzył długie wyrostki w istocie tkanki. Bezpośrednio pod przybłonkiem znajdowała się cienka warstwa tkanki adenoidalnej zupełnie prawidłowej; była ona grubszą w pobliżu brzegu wolnego fałdu, bliżej zaś ku podstawie coraz cieńszą się stawała. Pod tą warstwą znajdywały się prawie jednolite walcowate utwory, dokoła płaskiemi komórkami otoczone. Oczywiście były to bardzo spęczniałe pęczki tkanki łącznej. Głębiej jeszcze i już w samym środku fałdu znajdowały się drobne bryłki, obok brzegów których widoczne były liczne jądra podługowate, wyraźnie jądra śródbłonka, które jednakże otaczały co najwyżej połowę bryłki, zwykle trzecią część, jakkolwiek były ułożone w kilka szeregów. W pobliżu jąder znajdowały się naczynia włosowate, które miały wyraźne światła, a w niem kulki krwiste. Nie trudno też było przekonać się, iż pochewki naczyń tych zawierały bardzo liczne jądra zupełnie podobne do jąder obok bryłek położonych i takie same jądra dawały się spostrzegać nadto w istocie bryłek w pobliżu obwodu, lecz były one znacznie słabiej zabarwione, a zabarwienie to słabło coraz bardziej, w miarę przesuwania się jąder do istoty bryłek. Bryłki nie przytykały bezpośrednio do siebie, lecz znajdowały się pomiędzy niemi pasemka, w których zawsze prawie przyznać można było naczynia włosowate o zgrubiałej, więcej

niż jedną warstwą komórek zawierającej w błonie pochewkowej. Co do wielkości, bryłki mało się pomiędzy sobą różniły; stanowiły warstwę dość prawidłową, grubości około 1 mm; znajdowała się ona, jak nadmieniłem już, w środku fałdu.

Wygląd niektórych bryłek był znacznie odmiennym. Były one okrągłe lub walcowate, rozmaitej wielkości, niekiedy zawierały drobne światło, częściej żadnego, lecz i w jednym i w drugim przypadku w środku zawsze spostrzedz można było resztki śródbłonka. Oczywiście były to zwyrodniałe naczynia o budowie prawie jednolitej, jakkolwiek często występowała w nich niewyraźna włóknistość, bądź wzdłużona, bądź poprzeczna. Zupełnie taką samą budowę znalazłem we wspomnianym już utworze brodawkowatym w obrębie górnego załamka.

Zatem mieliśmy tu budowę zupełnie podobną do opisanej w pierwotnych wyroślach w tym samym przypadku w błonie spojówkowej powstałych, z tą chyba różnicą, że bryłek, które z naczyń chłonnych powstały w nawrocie wcale nie spostrzegałem. Stosunek naczyń włosowatych i jąder pochewek ich do bryłek upoważnia do mniemania, że bryłki te stanowiły wytwór komórek śródbłonkowych. Brakowało w nawrocie warstwy grubych naczyń zwyrodniałych, lecz należały one w pierwotnych naroślach do warstwy podspojówkowej, która w obrębie fałdu półksiężycowego występuje zupełnie niewyraźnie. Nadto tkanka adenoidalna w nawrocie nigdy nie tworzyła znaczniejszych wysepek w warstwach głębszych.

2. M. S., 45-letni, zupełnie zdrowy i mocnej budowy mężczyzna. Na oczy uprzednio nigdy nie cierpiał. Przed 3 laty lewa powieka górna zaczęła stopniowo opadać a po upływie 2 lat szczelina powiek została zupełnie przymkniętą.

III. 2. 1906 r. prawa gałka i powieki jej były zupełnie prawidłowe. Lewa gałka, lewa dolna powieka i mięsko łzowe prawidłowe. Zmarszczka chrząstkowo-oczodołowa nie istnieje, natomiast widoczną jest jajowata wypukłość, która dochodzi prawie do brzegu górnego oczodołowego. W części nosowej wypukłość dochodzi tylko do nacięcia górnego oczodołowego.

Powierzchnia wypukłości jest zupełnie gładką, równą i twardą przy dotknięciu, skóra w obrębie jej jest swobodnie przesuwalną.

Po rozszerzeniu ku zewnątrz szpary powiek i odwinięciu powieki, widocznem było iż guz zajmuje tylko dość wązkie pasemko w okolicy brzegu górnego chrząstki powieki, że nadto trzecia część nosowa powieki jest zupełnie wolną od guza, który zajmuje zatem przeważnie dwie trzecie zewnętrzne części załamka. Po usunięciu guza, gojenie odbyło się zupełnie prawidłowo. Lewa szczelina powiek pozostała bardzo nieznacznie zwężona. W danym więc przypadku sprawa występowała w postaci nie rozlanej, lecz zupełnego guza. Po wycięciu, miał on postać jajowatą, długość wynosiła prawie 2·5 ctm, szerokość przeszło 1·5 cm.

Badanie drobnowidowe wykazało: prawie połowę powierzchni jego pokrywał wielowarstwowy przybłonek, którego komórki warstwy powierzchownej kształt miały płaski, głębokiej sześcienny; komórki tworzyły zwykle tylko 3—4 warstwy. Dość często komórki przybłonka tworzyły wyrostki, które zanurzały się głęboko do istoty guza. Pod przybłonkiem znajdowała się warstwa tkanki adenoidalnej; brakowało jej w bardzo niewielu miejscach, w niektórych znów była ona dość grubą i tworzyła liczne, chociaż zwykle niezbyt grube wyrostki które kierowały się w głąb tkanki guza i rozgałęziały się w istocie jego, tworząc wyrostki rozmaitej wielkości, kształtu i kierunku i w ten sposób powstawała nieprawidłowa sieć, która stanowiła jakby podścielisko, w którem ułożone były inne części. Dodam, że w tkance adenoidalnej zmian żadnych zgoła nie znalazłem. W podstawie guza wszędzie widoczne były wierzchołki gruczołów Meiboma.

W miejscach, w których pod przybłonkiem brakowało warstwy tkanki adenoidalnej, już bezpośrednio pod nim znajdowała się bardzo spęczniała tkanka łączna i naczynia włosowate o bardzo zgrubiałej błonie, często światła wcale nie mające. Dalej naczynia włosowate i drobne tętnice i żyły w kierunku prostopadłym udawały się w głąb tkanki i otoczone nieprawidłowego kształtu wysepkami tkanki łącznej wy-

pełniały dokładnie przerwy w sieci przez tkankę adenoidalną wytworzone. Bliżej wierzchołków gruczołów Meiboma naczynia i otaczające je pęczki tkanki łącznej przybierały kierunek równoległy z powierzchnią guza, lecz zawsze były ułożone w pętlach tkanki adenoidalnej. Wszystkie te naczynia i pęczki tkanki łącznej uległy w wysokim stopniu zwyrodnieniu szklistemu i razem tworzyły olbrzymie bryły, mające najrozmaitsze rozgałęzienia i wyrostki, które wypełniały przerwy w tkance adenoidalnej pozostałe. W podstawie guza znajdowały się bardzo grube pnie naczyniowe. Ściany ich były bardzo grube, światła jednakże zawsze prawie zachowane. Nadto dawały się tu napotykać bryłki widocznie powstałe z naczyń chłonnych. rozciągniętych przez ciecz, która następnie stężała. Natomiast naczynia położone w istocie tkanki adenoidalnej miały zawsze bardzo cienkie ściany, okoliczność, która świadczyć się zdaje za tem, iż były to naczynia nowopowstałe. W głębiej położonych wysepkach tkanki adenoidalnej, zwłaszcza w większych nieco, spostrzegać się dawały bryłki, ułożone zupełnie tak samo, jak to miało miejsce w przypadku pierwszym, to jest w pobliżu naczyń włosowatych, w pochewkach których widoczny był znaczny rozrost komórek. Nadto w samej tkance adenoidalnej dość często spostrzegać można było na pewnej przestrzeni dość prawidłowo ułożone niewielkich rozmiarów komórki olbrzymie. Dość często nadto wpijały się one do zwyrodniałych pęczków tkanki łącznej i ścian zwyrodniałych naczyń, niekiedy nawet otaczały pierścieniem drobne naczynia, to znowu dokoła grubszych naczyń z obu stron tworzyły dwie takie komórki jakby półpierścienie. Przeciwnie w warstwach bliżej przybłonka położonych, komórek olbrzymich wcale prawie nie było.

3. K. S., 24-letnia, zupełnie zdrowa. W wieku dziecinnym cierpiała na oczy przez dłuższy czas. Od 7-go roku życia miała się zupełnie dobrze i dopiero od 3 lat oczy znacznie zmniejszać się zaczęły. Gałki oczne zupełnie prawidłowe; nieznaczne opadnięcie obu górnych powiek. Spojówka powiek zupełnie blada, lecz zawiera bardzo liczne, drobne blizny, zupełnie zre-

szłą powierzchowne. Najprawdopodobniej chora przebyła w wieku dziecinnym jaglicę. Oba górne załamki przedstawiają się jako wałki ledwo nie 1 cm grubości, barwy żółtawo-różowej i dość przezroczyste. Wyciąłem oba górne załamki.

Badanie drobnowidowe wykazało: przybłonek rogówki prawidłowy. Pod nim znajduje się bardzo cienka, często przerywana warstwa tkanki adenoidalnej. Nieliczne naczynia włosowate warstwy tej mają bardzo grube ściany. Pod tą warstwą znajdują się wyłącznie naczynia krwionośne bardzo grube i o bardzo grubych ścianach. Niektóre z tych naczyń przechowały dokładnie swą budowę i posiadały względnie dość znaczne światła. W tętnicach najbardziej była zgrubiałą błona średnia, w której budowa gorzej była przechowaną; komórek mięśniowych często wcale nie można było dojrzeć, błonę zaś średnią zastępował gruby pierścień o budowie prawie jednolitej. W żyłach najbardziej była zmienioną błona dodatkowa. W śródbłonku naczyń zmian nie spostrzegałem. Obok tych, częściowo tylko zwyrodniałych naczyń, znajdowały się dość liczne naczynia, w których budowa uprzednia zupełnie nie była widoczną. Wyglądały one jako bryłki jednolite prawie, kształtu okrągłego lub walcowatego, światła wcale nie zawierały i tylko resztki śródbłonka zdradzały w nich dawne naczynia. Pomiędzy naczyniami znajdowała się w niewielkiej ilości zupełnie dobrze przechowana luźna tkanka łączna. Tkanki adenoidalnej ani też komórek olbrzymich wcale tu nie było.

Do barwienia używałem pikrokarminy, thioniny Erhlicha sposobu v. Giesona, potrójnego barwienia karminem borowym, indygo karminem i kwasem pikrynowym. Dwa ostatnie sposoby dają możność najpierw przekonać się, że budowa części szklistemu zwyrodnieniu uległych, bynajmniej nie jest jednolitą, lecz raczej bardzo drobnowłóknistą, dalej przy użyciu sposobu v. Giesona, widzimy, jak zabarwione pąsowo włókienka tkanki łącznej stopniowo pęcznieją i przybierają barwę żółtawą, przy użyciu zaś potrójnego barwienia, włókienka niebieskiej barwy w miarę jak pęcznieją, przybierają barwę brudno-zieloną. Dla topografii wielkie ma znaczenie sposób Ziehl-

N i e h l s e n a, jakkolwiek szczegóły budowy występują mniej wyraźnie. Bezwarunkowo jednak najpiękniejsze wyroby otrzymujemy przy podwójnem barwieniu siniawcem kampeszowym i orange. Siniawiec uwydatnia jądra, orange zaś nadaje częściom zwyrodniałym barwę pomarańczową, która w naczyniach przybiera niekiedy odcień brunatny. Istoty skrobiowatej w żadnym z trzech przypadków tkanki nie zawierały.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archives d'Ophtalmologie. R. 1907. Nr 12. R. 1908. Nr 1 i 2. (Referent K. W. M a j e w s k i).

Wągier w oczodole. (Cysticerque de l'orbite). A. M o n t h u s.

Dzięki postępom hygieny i kontroli rozciągniętej nad rzeźniami, przypadki wągra w ogóle, a w szczególności wągra ocznego, stają się coraz rzadsze. Wągier umiejscowiony w oczodole należy wogóle do rzadkości. Dotąd znane są spostrzeżenia G r a e f e g o, H i r s c h b e r g a, S i c h e l'a, H o r n e r a, C o t t b e r e l l'a, B a d a l a, F r o m a g e t a, M e y e r'a i S g r o s s o. Autor dodaje jeszcze jeden przypadek własny operowany i badany mikroskopowo.

Cysticercus orbitae daje obraz kliniczny, który z trudnością nieraz tylko można odróżnić od obrazu nowotworu pozagałkowego. Wągier rozwija się dość szybko, zwykle krócej niż w ciągu jednego roku. W czasie swego rozwoju wywołuje często stany zapalne, którym towarzyszą nieraz bardzo znaczne nerwobóle. Z powikłań wymienić należy *phlegmone retrobulbaris, thrombophlebitis* i *neuritis optica.* Rozpoznanie może się tylko opierać na prawdopodobieństwie. Niejednokrotnie nawet badanie mikroskopowe wyciętych kawałków pęcherza nie daje bezwzględnej pewności. tak dalece może ciało pasożyta uledz zwyrodnieniu i różnym przemianom wstecznym. Autor przestrzega przed punkcyą próbną, bo wyniki jej są zupełnie niepewne, a zachodzi niebezpieczeństwo odczynu zapalnego. D e v é wykazał nawet doświadczenie, że zranienia ściany pęcherza mogą uwolnić z jego wnętrza zarodki, z których wyrastają następnie nowe pęcherze. Jedynym uzasadnionym sposobem jest nacięcie próbne, po którem w razie stwierdzenia pasożyta należy

bezpośrednio przystąpić do wyłuszczenia doszczętnego. Wyłuszczać należy jak najwcześniej, bo nawet obumarły wągier jest dla oka niebezpiecznym sąsiadem.

Zranienie oka przez okruchy szkła z butelek szampana. (Les blessures de l'oeil par les éclats de verre de bouteilles de champagne). Bourgeois.

Autor podaje opis 6 przypadków zranienia gałki ocznej przez odłamki szkła butelek szampana. Szkło tych butelek jest grube, przy pękaniu ich zatem powstają odłamki duże. Siła, z jaką uderzają i ranią oko jest bardzo znaczna. Z tych powodów rany z jakiemi mamy tu do czynienia bywają ciężkie, duże i głębokie, ale zazwyczaj odłamków szkła w sobie nie zawierają. Ziejące rany rogówki, wkraczające częstokroć w obręb twardówki radzi autor bezwarunkowo zeszywać zapomocą najcieńszego katgutu (OO) wśród możliwie dokładnej aseptyki. Tylko w ten sposób można położyć koniec wzmagającemu się nieraz wypływowi ciała szklistego i zapobiedz grożącemu zakażeniu. W przypadkach, które opisuje, zdołał autor przez natychmiastowe zaszycie rany i dokładne złożenie jej brzegów nietylko zachować gałkę oczną, ale nawet uratować jakąś część bystrości wzrokowej.

Porażenie akomodacyi w przebiegu cukrzycy. (De la paralysie de l'accomodation dans le diabète). Delord i Revel.

We wielu poważnych monografiach i podręcznikach okulistyki niema wzmianki o możliwości porażenia akomodacyi, wywołanego przez cukrzycę. Tymczasem w literaturze nie brak spostrzeżeń tego rodzaju powikłania.

Autor przytacza dwa przypadki Moore'a i jeden Hirschberga. Do tych spostrzeżeń dodaje jedno własne, w którem u 48-letniej kobiety, wydzielającej moczem 150 gr cukru na dobę, wystąpiło nagle porażenie akomodacyi, co przy jej obustronnej hypermetropii (+ 3,5 D.) obniżyło bardzo znacznie bystrość wzrokową. Po miesiącu trwania, gdy pod wpływem odpowiedniej dyety cukier przestał się zupełnie wydzielać, akomodacya znowu nagle powróciła, a z nią dawna bystrość wzroku. Dodać należy, że temu porażeniu akomodacyi nie towarzyszyła żadna zmiana ze strony tęczówki i źrenicy, która na obu oczach była jednako wązka i prawidłowo ruchoma. Autor zastanawia się bliżej nad patogenezą cukrzycowego porażenia akomodacyi. Przypomina badania Piltza, który wykazał dwa ośrodki dla akomodacyi. Jeden ośrodek wyższy, korowy w miejscu, gdzie się łączy *lobus parietalis* z płatem potylicznym. Jest to ośrodek dla akomodacyi zależnej od woli. Drugi

ośrodek znajduje się na podstawie mózgu po za wzgórkami czworaczymi. Tu kończy się łuk odruchowy akomodacyi automatycznej zależnej od wrażeń wzrokowych. Autor robi przypuszczenie, że zatrucie cukrzycowe na drodze zwrotnej prowadzi do zahamowania fizyologicznej czynności wyższego, korowego ośrodka akomodacyi. Przemawia za tem brak rozszerzenia źrenicy i jej prawidłowa ruchomość. Gdyby zmiana dotyczyła ośrodków na podstawie mózgu, wtedy do porażenia akomodacyi przyłączyłoby się niewątpliwie porażenie zwieracza źrenicy.

Porażenie urazowe mięśnia prostego dolnego (ciało obce śródmięśniowe, wyjęcie zapomocą elektromagnesu, wyleczenie). (Paralysie traumatique du muscle droit inférieur (corps étranger intramusculaire, extraction à l'électro-aimant, guérison). Cauvin z Nicei.

Zazwyczaj porażenia mięśni ocznych są następstwem zmian w ośrodkach na podstawie mózgu, albo zmian, uszkodzeń lub zranień odnośnych nerwów. Najrzadziej się zdarza, żeby przyczyna tkwiła w samym mięśniu. Znane są przypadki odcięcia przez ciała ostre, względnie oderwania ścięgna mięśniowego od twardówki. Do wyjątkowych jednak przypadków należy uszkodzenie urazowe samego brzuśca mięśniowego i spowodowane niem porażenie mięśnia. Taki przypadek autor opisuje. Przy naprawianiu drucianej siatki przy pomocy obcęgów, odcięty kawałek drucika ugodził z siłą w prawe oko, Autor stwierdził obrzęk powieki dolnej, nacieczenie częścią wodniste, częścią krwawe spojówki gałkowej poniżej rogówki. Inne części zewnętrzne i dno oka prawidłowe. Pełna bystrość wzroku. Ruchomość gałki ku dołowi zniesiona. W dolnej części pola dwuwidzenie wskazujące na porażenie mięśnia prostego dolnego. Przyglądając się uważnie, znalazł autor na chemotycznej spojówce gałkowej około 10 cm poniżej brzegu rogówkowego rankę o poszarpanych brzegach, w którą można było wprowadzić sondę w głąb na 4—5 mm. Autor włożył w otwór ten koniec elektromagnesu Hirschberga i wydobył drucik stalowy 4 mm długi, a 1 mm gruby. Ranka w kilku dniach się zagoiła, porażenie mięśnia i podwójne widzenie utrzymywało się jeszcze jednak przez czas jakiś, ustąpiło jednak stopniowo przy stosowaniu prądu stałego.

Z umiejscowienia ranki wynika jasno, że ciało obce utkwiło tu w samym brzuścu mięśnia prostego dolnego i obecnością swą, może wskutek uszkodzenia zakończeń nerwowych wywołało porażenie mięśnia. Po usunięciu ciała obcego nastąpił powrót do prawidłowych stosunków anatomicznych i z biegiem czasu mięsień odzyskał całkowitą sprawność czynnościową.

Etyologia wrodzonego podwinięcia powieki. (Étiologie de l'entropion congénital). E. Leblond.

Wrodzone podwinięcie powieki może być zmianą wrodzoną lub następową. We wszystkich razach, kiedy rozmiary gałki są pomniejszone, *microphthalmus*, *anophthalmus*, *atrophia bulbi congenita* etc. wytwarza się *entropion* z powodu braku naturalnego podparcia powieki, podobnie jak się wytwarza ono po enukleacyi, jeśli operowany nie nosi protezy. Jest to podwinięcie następowe. O wiele trudniej jest wytłumaczyć powstanie pierwotnego podwinięcia powieki. Autor nie zgadza się z zapatrywaniem jakoby nadmierny rozwój skóry powieki mógł spowodować *entropion*. Łatwiej przypuścić można, że spowodują je blizny na spojówce, będące następstwem wśródmacicznej sprawy zapalnej. Są jednak przypadki, gdzie ani ze strony skóry, ani ze strony spojówki żadnych zmian stwierdzić nie można. W takich przypadkach przyjąć trzeba jakieś wrodzone zboczenie w samej chrząstce. Wyjątkowo zdarza się brak chrząstki powiekowej, agenezya; wówczas powstaniu *entropion* dziwić się nie można. Autor miał sposobność spostrzegać bardzo znaczne wrodzone podwinięcie obu powiek dolnych u 8-letniej dziewczynki, której starsza, obecnie 18-letnia siostra również okazywała taką samą zmianę wrodzoną i była z tego powodu w 4 roku życia operowana przez Dransarta. W przypadku swym wykonał autor operacyę sposobem Lapersonne'a z korzystnym i trwałym wynikiem.

Rozbiór przypadku enophthalmus urazowego. (Étude d'un énophthalmos traumatique). Van Duyse.

Nie ulega wątpliwości, że mechanizm powstania urazowego *enophthalmos* w różnych przypadkach musi być bardzo rozmaity, z tego powodu każdy przypadek poszczególny tej dość rzadkiej zmiany, wymaga osobnego rozbioru pod względem patogenetycznym, tem, bardziej, że, jak dotąd trzeba się ograniczać do wniosków tylko na podstawie klinicznego badania, w 70 bowiem spostrzeżeniach ogłoszonych dotychczas w literaturze ani razu nie przyszło do nekroskopii. Autor opisuje spostrzeżenie odnoszące się do 38-letniej kobiety, która spadłszy ze schodów, stłukła się silnie w okolicę prawej kości jarzmowej. Kolejność zmian, jakim po tym wypadku prawe oko ulegało, była następująca: *haematoma intraorbitale* i znaczny *exophthalmus* wskutek złamania szczęki górnej i oczodołowego wyrostka kości jarzmowej wraz z rozdarciem tętnicy podoczodołowej i nerwu podoczodołowego. Gałka oczna sama nie uszkodzona. Porażenie mięśni: prostego wewnętrznego i prostego dolnego,

niedowład zwieracza źrenicy i akomodacyi. Porażenia te i niedowłady szybko ustąpiły z wyjątkiem niedowładu mięśnia prostego dolnego, utrzymującego się przez szereg miesięcy. W kilka tygodni po urazie *exophthalmus* przemienił się w *enophthalmus* z cofnięciem się gałki w głąb oczodołu o 2 mm i z obniżeniem się tejże o $2^1/_2$ mm. Autor uchyla tu możliwość uszkodzenia nerwu współczulnego, wyklucza również zwiększenie pojemności oczodołu przez złamanie kostne, a przypuszcza tylko bliznowate skurczenie wiotkiej tkanki oczodołowej w dolnej części po wessaniu się krwi i wytworzeniu się blizny, która wciąga gałkę oczną w głąb i ku dołowi i tamuje swobodę skurczu mięśnia prostego dolnego.

Syndrom Bitota. (Le syndrome de Bitot). Marc Landolt.

Bitot, profesor anatomii w Bordeaux był pierwszym, który zwrócił w 1863 r. uwagę na przypadki równoczesnego występywania hemeralopii i zeskórnienia (kserozy) spojówki gałki w obrębie szpary powiekowej. Początkowo sądzono, że zeskórnienie spojówki jest przyczyną kurzej ślepoty, dopiero Netter ze Strassburga wygłosił zapatrywanie, że oba te objawy są zupełnie równorzędne i zależne od wspólnej ustrojowej przyczyny. Dziś wiemy, że w pierwszym rzędzie liche, a zwłaszcza chude pożywienie [1]) i w ogóle niekorzystne stosunki hygieniczne są czynnikiem, wywołującym te objawy oczne. Spostrzegano niejednokrotnie nagminne występowanie hemeralopii i kserozy w koszarach, więzieniach w załogach okrętowych etc. Autor podaje szczegółowy opis spostrzeganego przez siebie przypahku wybitnej hemeralopii u młodego człowieka, który odsiedział 5-letnią karę ciężkiego więzienia.

O niedowidzeniu i ślepocie wskutek utraty krwi. (Sur l'amblyopie et l'amaurose consécutives à des hémorragies). J. Bistis.

Przypadki zaburzeń wzrokowych po znaczniejszej utracie krwi nie należą do częstych. Fries w obszernej pracy zestawia 106 spostrzeżeń, Singer znalazł w literaturze 198 opisanych przypadków, w ostatnich czasach Felix dodał jedno spostrzeżenie zupełnej utraty wzroku wskutek krwotoku macicznego. Autor przytacza 2 własne spostrzeżenia, z których jedno odnosi się do oficera armii greckiej, u którego nastąpiło niedowidzenie w następstwie silnego krwotoku nosowego, a drugie do kobiety, u której po poronieniu połączonem ze znaczną utratą krwi wystąpił środkowy

[1]) Wedle Foerstera mało azotu zawierające pokarmy.

ubytek w polu widzenia. W obu przypadkach objawy wziernikowe przemawiały za *neuritis optica*, która przeszła następnie w częściowy zanik nerwów wzrokowych. Nawiązując do tych spostrzeżeń własnych zastanawia się autor nad patogenezą zmian w nerwie wzrokowym w następstwie krwotoku. W pewnej ilości przypadków niedowidzenie lub ślepota występuje bezpośrednio po krwotoku, jest zatem jednym z objawów ogólnej ostrej niedokrewności. Należy przypuścić w tych razach nagłe upośledzenie odżywienia ostrą ischemię nerwów wzrokowych. Przeważnie jednak zaburzenia wzrokowe występują później, po miesiącu, a nawet po dwóch od dnia krwotoku. Tu na podstamie anatomicznych badań Zieglera zachodzą niewątpliwie zmiany następowe, mianowicie zwyrodnienie tłuszczowe włókien nerwu wzrokowego i ich zakończeń w siatkówce. Na uwagę zasługuje fakt, jaki wykazują dotychczasowe spostrzeżenia, że zajęcie nerwów wzrokowych po utracie krwi występuje wyłącznie prawie u osób, które już poprzednio okazywały wycieńczenie, liche odżywienie i mały zasób sił, a więc n. p. po krwotokach przy wrzodzie okrągłym żołądka, przy raku macicy itp., natomiast niezmiernie rzadko zdarzają się w następstwie krwotoków choćby bardzo znacznych, wywołanych zranieniem lub urazem u ludzi zresztą zdrowych.

Wypalenie wnętrza gałki przy panophthalmitis. (Exenteration ignée et panophtalmie). Lefebvre.

Wyłuszczenie oka w przypadkach ropnego zapalenia gałki zagraża, jak wiadomo, przejściem sprawy ropnej na opony mózgowe, co zawsze prawie kończy się śmiercią. Tuffier zebrał cały szereg przypadków zejścia śmiertelnego po operacyi zropiałej gałki. Nettleship wynalazł w literaturze 86 podobnych przypadków, Lapersonne straciwszy w ten sposób jednego chorego, zalecił zastąpienie enukleacyi ewisceracyą zapomocą termokautera. Po krzyżowem przecięciu rogówki i wypuszczeniu soczewki wprowadza termokauter w postaci zakrzywionego noża w głąb gałki i wypala nim i wydobywa całą jej treść zropiałą aż po twardówkę. Dla przyspieszenia operacyi należy termokauter kilkakrotnie wyjmować i przez wyżarzenie do białości oczyszczać jego ostrze oblepione zwęglonemi resztkami tkanek. Po wypaleniu całej zawartości oka wypłukuje się wnętrze gałki rozczynem dwujodku lub sinku rtęci, zakłada mały setonik lub opatrunek wilgotny, który się następnie codziennie zmienia. Lefebvre, który jest uczniem Lapersonne'a, który w 2 przypadkach u 2-letniego dziecka i u 90-letniej staruszki ten sposób operacyjny z dobrym wynikiem zastosował, podnosi jako jego zalety łatwość wykonania, krótki okres gojenia,

stwarzanie dobrego i ruchomego podkładu dla protezy, a wreszcie usunięcie niebezpieczeństwa zapalenia opon mózgowych.

O bliźnie przesączającej w leczeniu jaskry. Rodzaje tej blizny po irydektonii połączonej ze sklerektomią. (De la cicatrice filtrante dans la cure du glaucome. — Variétés de cette cicatrice après la sclérectomie et l'iridectomie combinées). F. Lagrange.

Już Wecker w całym szeregu prac o jaskrze wskazywał jako warunek trwałego wyleczenia stworzenie t. zw. blizny przesączającej, a równocześnie podnosił trudności, jakie napotykamy w osiągnięciu tego celu. W przypadkach jaskry ostrej bardzo silne wzmożenie napięcia wśródocznego przeszkadza dokładnemu zbliżeniu się brzegów rany czy to po irydektonii czy po sklerotomii. Rana zarasta tkanką wiotką, która już raz na zawsze ułatwia przesączanie się płynu na zewnątrz i tworzy dla napięcia wśródocznego niezawodną klapę bezpieczeństwa. W razie jaskry przewlekłej a tembardziej prostej, gdzie napięcie wśródoczne jest tylko nieznacznie wzmożone, rana zabliźnia się wkrótce zbitą, twardą tkanką i traci własności przesączające tak, że skutek operacyi jest tylko chwilowy, albo wogóle żaden. Nie pomoże uletomia, zalecona przez Weckera, bo wynik jej nie jest trwalszy od wyniku pierwszego cięcia, skuteczniejszem jest mięsienie, zalecone po sklerotomii przez Dianoux, a po irydektonii przez Wicherkiewicza, ale i ono działać może tylko na bliznę świeżą. Trwale przesączającą bliznę uzyskać można, zdaniem autora, przez wycięcie skrawka twardówki i wytworzenie ubytku, luki, którą pokrywa spojówka, a w którą nie wciska się tęczówka dzięki równocześnie wykonanej irydektomii. Tak powstaje jakby małe ciemiączko, przez które nadmiar cieczy z łatwością przesącza się na zewnątrz. Brzegi rany po sklerektomii nie mogą spoić się ze sobą dokładnie nawet w przypadkach o małem wzmożeniu napięcia, a ubytek z powodu małej żywotności ścięgnistej tkanki twardówkowej i z powodu nieustannego prądu sączącego się płynu nie wypełnia się ziarniną i nie zarasta. Blizny przesączającej nie należy równać z t. zw. blizną pęcherzykowatą, *cicatrix cystoidea*, ponieważ ta łączy się z wrośnięciem tęczówki, co jak wiadomo może być nieustającem źródłem zapalnych podrażnień. Autor przytacza spostrzeżenie osoby operowanej obustronnie z powodu jaskry zapalnej przewlekłej. Na jednem oku irydektomia wykonana była w sposób klasyczny bez zarzutu, ale zanik wzroku robił dalsze i coraz większe postępy. Na drugiem oku przyszło do wrośnięcia tęczówki i powstała blizna pęcherzykowata. Tu wzrok się poprawił i następnie utrzymuje się bez zmiany, ale chory cierpi

bezustannie na to oko z powodu zadraźnienia, bólu i światłowstrętu. Spostrzeżenie to wykazuje jasno, że blizna pęcherzykowata lepiej wprawdzie wzrok zabezpiecza, ale bynajmniej nie odpowiada wszystkim wymaganiom. Wymagania te spełnia blizna przesączająca *(cicatrice filtrante)* wytworzona przez sklerektomię, połączoną z irydektomią.

Autor opisuje różne rodzaje blizny przesączającej, która zależnie od poprzedzającego operacyę napięcia wśródgałkowego, a także od rodzaju wycięcia twardówki, przedstawia się albo jako zcieńczenie twardówki, albo jako mała przetoka podspojówkowa, albo jako pęcherzykowate wydęcie spojówki po nad takąż przetoką, jednak bez wrośnięcia tęczówki. W każdym wypadku blizna taka zabezpiecza raz na zawsze oko przed ponownem podniesieniem napięcia, a temsamem nie dopuszcza do dalszego pogarszania się wzroku.

Nowy sposób oznaczania i mierzenia środkowych ubytków w polu widzenia, zapomocą kątowego stereoskopu Pigeon'a. (Recherche et mensuration des scotomes centraux. Procédé nouveau de la méthode stéréospisque par l'emploi du stéréoscope diédre de Pigeon). H. Joseph.

Dokładność w oznaczeniu granic pola widzenia, jego zwężeń i ubytków w niem zawartych, zależy w pierwszym rzędzie od należytego unieruchomienia oka badanego, ktore musi się bez przerwy wpatrywać w środkowy biały znaczek perymetru. Gdy jednak chodzi o *scotoma centrale*, wtedy właśnie najtrudniej o spełnienie tego warunku. Badany nie widząc w kierunku naosiowym nie może znaleść dla oka punktu oparcia. W przypadkach takich radzimy sobie w ten sposób, że polecamy choremu drugiem okiem, o ile ono jest prawidłowe wpatrywać się w jakiś odpowiednio umieszczony punkt jasny n. p. płomień świecy, tak, ażeby oś oka badanego skierowała się przez to ku środkowemu znaczkowi perymetru. Przy takiem badaniu musimy jednak odciąć pole widzenia oka zdrowego zapomocą ekranu ustawionego w płaszczyźnie strzałkowej pomiędzy oczyma, co rzecz całą wikła i utrudnia. Najlepsze usługi przy oznaczaniu środkowych ubytków oddaje stereoskop. Autor poleca stereoskop Pigeon'a. Składa on się z trzech deseczek spojonych jedną krawędzią, jak karty książki, środkowa z jednej strony wyłożona jest szkłem zwierciadlanem i ustawiona tak, gdy przyrząd jest rozłożony, że przepoławia kąt krawędziowy jaki tworzą ze sobą obie boczne deseczki. Na wewnętrznych płaszczyznach tych bocznych deseczek umieszcza się identyczne figury, przedstawiające szemat pola widzenia taki, jakiego się używa w perymetryi. Do ta-

kiego stereoskopu patrzy badany w ten sposób, że okiem zdrowem widzi obrazek jednej figury szematu w zwierciedle płaskiem dokładnie w temsamem miejscu, w którem widzi drugiem okiem rzeczywistą drugą figurę szematu. Oczy zlewają obie te figury steroskopijnie z wszelką łatwością, a temsamem zapewniony jest dla oka badanego nieruchomy i niezmienny kierunek patrzenia. Zapomocą małego znaczka białego na czarnem trzonku można teraz na tle figury szematu perymetrycznego (znaczonej białemi liniami na tle ciemnem) z wielką dokładnością oznaczyć granice ubytku centralnego, oczywiście przy inteligentnem współdziałaniu ze strony osoby badanej.

Nowe uwagi o nieżycie wiosennym. (Nouvelles communications sur le catarrhe printanier). Pascheff.

W uzupełnieniu swej dawniejszej pracy o anatomii patologicznej nieżytu wiosennego dodaje autor niektóre uwagi odnoszące się do t. zw. komórek tucznych (Mastzellen). Wykazuje on, że komórki tuczne nie są nieruchomymi leukocytami, jak chce Letulle, ani nie są komórkami stałemi, jak twierdzi Ehrlich, lecz są to limfocyty ruchome o ziarnistej protoplazmie rozmnażające się na miejscu wśród tkanki łącznej i pochodzące czy to ze krwi, czy też, co autor uważa za prawdopodobniejsze, ze składników ścian naczyniowych.

W drugiej części swego artykułu przypomina autor białawe punkciki, które wykazał w przypadkach nieżytu wiosennego w wyroślach i zgrubieniach, otaczających rogówkę. Z treści tych białych punkcików wyhodował on na bulionie w ciemności i w ciepłocie pokojowej prątki, które swą morfologią zbliżają się do prątków Löfflera i mają postać krótkich pałeczek barwiacych się najsilniej na obu końcach. Autor wylicza morfologiczne i biologiczne szczegóły, którymi prątek ten różni się od prątka rzekomo błoniczego i od prątka kserozy i wyraża przypuszczenie, że jest on czynnikiem wywołującym objawy nieżytu wiosennego.

Die Ophthalmologische Klinik. R. 1908. Nr 1 i 2. (Referent K. W. Majewski).

Przyczynek do leczenia gruźlicy ocznej zapomocą tuberkuliny. (Beitrag zur Tuberkulinheilung der Augentuberkulose). C. Kraemer.

Okuliści są w tem szczęśliwem położeniu, że o skutkach zastosowanych sposobów leczenia mogą się niemal zawsze przekonać

naocznie. Tak więc i wartość lecznicza tuberkuliny daje się w przypadkach gruźlicy ocznej łatwiej i lepiej ocenić, niż w przypadkach gruźlicy ukrywającej się w narządach wewnętrznych. Autor twierdzi, że nie można już dziś mieć wątpliwości co do możnoćci wyleczenia gruźlicy wogóle, a gruźlicy ocznej w szczególności zapomocą wstrzykiwań nowej tuberkuliny. Trzeba tylko przeprowadzić leczenie umiejętnie i systematycznie. Niekorzystne wyniki, o jakich piszą niektórzy autorowie mają przyczynę właśnie w wadliwym sposobie stosowania tuberkuliny. Następnie zwraca autor uwagę, że w największej liczbie przypadków gruźlica oka jest nie pierwotnem lecz przerzutowem ogniskiem, nie należy się więc nigdy ograniczać do leczenia samego oka. Po zupełnem wygojeniu się zmian tuberkulicznych w oku pozostają niejednokrotnie ukryte ogniska gruźlicze w głębi ciała, o czem świadczy gorączkowy odczyn ustroju po zastrzyknięciu tuberkuliny. Nie należy więc pierwej przerywać leczenia, dopóki się nie doprowadzi do tego, że wstrzykiwania tuberkuliny zarazem lecznicze i rozpoznawcze nie wywołują już więcej reakcyi. Wtedy dopiero można uważać leczenie za ukończone i autor wyraża przekonanie, jakkolwiek z natury rzeczy sekcyjnych dowodów dostarczyć nie może, że wtedy wszystkie ogniska gruźlicze w ustroju są już napewne zabliźnione. Na zakończenie przytacza autor jeden spostrzegany przez siebie przypadek gruźlicy u 18-letniej chorej, wyleczonej pomyślnie w ciągu 8 miesięcy zapomocą energicznego leczenia tuberkulinowego.

Torbiele dermoidalne na dnie oczodołu. (Dermoidzysten am Boden der Orbita). J o c q s.

Torbiele dermoidalne na brzegu oczodołowym, zwłaszcza na łuku brwiowym widuje się dość często. Usunięcie ich nie przedstawia żadnych trudności i nie pociąga żadnych powikłań. Rzadsze, a o wiele trudniejsze do operowania są torbiele usadowione w głębi oczodołu. L a g r a n g e opisał w roku 1900 przypadek torbiela skórzakowego w górno-wewnętrznej części oczodołu, sięgającego daleko w głąb lejka oczodołowego. W obawie nawrotu nie poprzestał L a g r a n g e na wycięciu wystającej części torbiela, lecz usunął wszystkie jego ściany nie bez trudu, przyczem nie obeszło się bez uszkodzenia pochewek nerwu wzrokowego i nacięcia grubszych żył ocznych, co spowodowało krwotok wprost niepokojący. Przypadek ten skończył się nieszczęśliwie: *iritis*, *hypopyon*, *keratitis trophica*, *neuritis optica*. Mając w pamięci ten niepomyślny przypadek L a g r a n g e'a, autor w podobnym przypadku torbiela dermoidalnego u $3^1/_2$-letniej dziewczynki, u której guz wypuklający dolny załamek spojówkowy osadzony był w oczodole

bardzo głęboko, ograniczył się do wycięcia samej tylko przedniej ściany torbiela i do wypróżnienia jego treści. Zagojenie przez rychłozrost w 48 godzinach. Oko pierwotnie ku górze wypchnięte wróciło do prawidłowego położenia. Czucie rogówki prawidłowe, ruchomość oka również prawidłowa. Autor miał sposobność badać dziecko w rok po operacyi i nie znalazł żadnych objawów nawrotu. Od tego czasu minęły dalsze 3 lata, a ponieważ dziecka mu mimo polecenia nie przyprowadzono, przypuszcza, że stan prawidłowy nadal się utrzymuje.

O wartości odczynu ocznego dla rozpoznania gruźlicy i o leczeniu gruźliczych zmian ocznych. (Die Ophthalmo-Reaktion und ihr diagnostischer Wert, Behandlung tuberkulöser Augenerkrankungen). A. Darier.

Autor przytacza zdania całego szeregu badaczy o wartości ocznego odczynu Calmette'a odnośnie do dyagnostyki gruźliczych zmian ocznych. Większość autorów ocenia korzystnie wartość tej metody rozpoznawczej i nie widzi w zastosowaniu jej żadnego niebezpieczeństwa dla oka Schiele zwrócił jednak uwagę, że odczyn występuje dodatnio na oczach dotkniętych jaglicą, i to reakcya bywa nieraz bardzo burzliwą, mimo, że w ustroju niema śladu gruźlicy. Darier przekonał się, że w razie bardzo silnej i bolesnej reakcyi po zapuszczeniu tuberkuliny szybką ulgę sprowadza podspojówkowe zastrzyknięcie 1% rozczynu gwajakolu. Sądzi on, że lecznicza skuteczność gwajakolu już dostatecznie przemawia za gruźliczą przyrodą niektórych zmian ocznych.

Niebezpieczeństwa odczynu ocznego. (Die Gefahren der Ophthalmo-Reaktion). Trousseau.

Autor zestawia wszelkie niekorzystne głosy o odczynie ocznym Calmette'a i podkreśla niebezpieczeństwa, jakimi zapuszczanie tuberkuliny grozi oczom już gruźlicą dotkniętym. Przytacza przypadki Kalta przedstawione w paryzkiem towarzystwie oftalmologicznem oraz szereg własnych spostrzeżeń, w których zapuszczenie 1% rozczynu tuberkuliny wywołało znaczne pogorszenie stanu oka. Między innemi przytacza historyę dziecka, które dostawało od czasu do czasu lekkich zapaleń pryszczykowych spojówki, a po jednorazowem zapuszczeniu tuberkuliny przez innego lekarza w celu rozpoznawczym dostało bardzo silnej i uporczywej *keratoconjunctivitis scrophulosa*. W innym przypadku znowu u dziewczynki, która przebyła na obu oczach miąższowe zapalenie rogówki przyszło do wysięku w kolanie przyrody niewątpliwie kiłowej. Lekarz ordynujący, który widocznie podejrzewał gruźlicę wpuścił do jednego oka

2 krople 1% rozczynu tuberkuliny. Reakcya trwała 48 godzin, a w kilka dni potem wystąpiła recydywa zapalenia rogówki na tem oku, co tym razem pomimo leczenia doprowadziło do zupełnego i niedającego się już wyjaśnić zaćmienia całej rogówki. Drugie oko pozostało zdrowe. Tego rodzaju smutne przykłady powinny nas skłaniać do jaknajwiększej ostrożności w stosowaniu próby Calmette'a zwłaszcza na oczach bądź już chorych, bądź też skłonnych do pewnych schorzeń. Dlatego autor radzi ograniczać zapuszczanie tuberkuliny do przypadków wątpliwych, w których inaczej do rozpoznania dojść nie można i radzi stosować wedle propozycyi Combyego nie 1%, ale 1/2% rozczyn tuberkuliny.

Ophthalmology. (Milwaukee). R. 1908. Vol. IV. Nr 2. (Referent K. W. Majewski).

Znaczenie nierówności źrenic. (The Significance of Pupillary Inequality). Howard F. Hansell (Filadelfia).

Do niedawna nierówność źrenic uchodziła dość powszechnie za nieomylny znak rozwiniętych już lub grożących chorób środkowego układu nerwowego. Nowsze jednak badania Schaumanna, Haeddeusa, Fraenkla, Feltona, Iwanowa i in. wykazują, że wrodzona nierówność źrenic u osobników zresztą zupełnie zdrowych zachodzi stosunkowo często, co oczywiście osłabia patognomoniczne znaczenie tego objawu. Wprawdzie pomiędzy cyframi statystycznemi, jakie podają wyżej wymienieni autorowie zachodzą znaczne różnice, ale okoliczność tę wytłumaczyć można stosowaniem różnych, niejednako subtelnych sposobów badania. Wiadomo, że i w prawidłowych stosunkach szerokość źrenic średnia (od ruchów niezależna) obraca się w dość szerokich granicach. Lange na podstawie 1000 dokładnych pomiarów wykazał, że 1) wielkość źrenic bywa u różnych osób bardzo rozmaita. 2) Z reguły kobiety mają źrenice szersze niż mężczyźni. 3) Z wiekiem źrenice się zwężają. 4) U hypermetropów źrenice są węższe, u myopów zaś szersze niż u emmetropów. 5) Po 40 roku życia różnice zależne od wad refrakcyi coraz bardziej się zacierają.

W dalszym ciagu swej pracy, głównie sprawozdawczej, wylicza autor różne patologiczne w oku samem zachodzące zmiany, które powodują nierówność źrenic, lub upośledzenie ich ruchomości. W tych przypadkach ze stanu źrenic również nie wolno nam żadnych wniosków wysnuwać co do zaburzeń w układzie nerwowym. Pozostaje zatem szczupła stosunkowo ilość zaburzeń

źrenicznych, na których uprawnieni jesteśmy wnioski takie opierać. Autor przechodzi kolejno niektóre objawy źreniczne, posiadające niewątpliwe znaczenie patognomoniczne dla takich chorób układu nerwowego, jak wiąd rdzenia, kiła mózgu, porażenie postępowe, stwardnienie rozsiane, padaczka etc.

O wszywaniu kul parafinowych do torebki Tenona. Sprawozdanie z 40 operowanych przypadków. (On the Use of Paraffin Spheres in Tenon's Capsule, with the Report of thirty-nine Cases). C. Nelson Spratt z Minneapolis.

Na posiedzeniu sekcyi okulistycznej amerykańskiego towarzystwa lekarskiego wygłosił Davis odczyt protestujący przeciw używaniu stałych kul parafinowych do wypełniania torebki Tenona po enukleacyi. W dyskusyi znaczna część mowców przyłączyła się do wywodów prelegenta i przytaczano liczne spostrzeżenia, gdzie kule parafinowe wydobyły się po krótszym lub dłuższym czasie na zewnątrz. Autor odpiera zarzuty stawiane tej metodzie operacyjnej na podstawie 40 własnych przypadków, z których w jednym tylko u 75-letniego starca gałka parafinowa wydostała się na zewnątrz z torebki Tenona. We wszystkich innych przypadkach nastąpił rychłozrost z zachowaniem podkładu parafinowego i wyniki kosmetyczne były bardzo korzystne. Wiek chorych wahał się od 50 do 75 lat. Było między niemi 6 kobiet, zresztą mężczyźni. W 18 przypadkach wyłuszczono gałkę z powodu urazu. W 10 z powodu zaniku gałki, 2 razy był garbiak, 4 razy jaskra, 4 razy *kerato-iritis*, 2 razy *ulcera atheromatosa*. Autor przez przecięte mięśnie proste przewleka nitki, następnie po dokonanem wyłuszczeniu oka wprowadza ręcznie do torebki Tenona po jej należytem wypłukaniu kulę twardej parafiny odpowiedniej wielkości. Następnie po nad nią zeszywa parami mięśnie proste na krzyż, a po nad nimi ściąga spojówkę szwem torebkowatym. Odczyn po operacyi tej bywa zazwyczaj taki, jak po ewisceracyi, chemoza ustępuje zazwyczaj po tygodniu.

Korzyści kul parafinowych w porównaniu z kulami szklanemi i metalowemi są wedle doświadczenia autora następujące: 1) Kule parafinowe są łatwe do sporządzenia i nie drogie. 2) Nie ulegają stłuczeniu tak jak kule szklane. 3) Parafina powoduje mniejsze zadraźnienie niż jakikolwiek inny materyał, a temsamem nie tak łatwo zostaje wyeliminowaną. 4) W krótkim czasie wytwarza się dookoła kuli parafinowej ścięgnista torebka z nowopowstałej tkanki łącznej.

Niepowodzenia, do jakich przyznają się liczni autorowie mają swe źródło w następujących okolicznościach: 1) Używanie protezy

parafinowej w przypadkach nieodpowiednich, jak *panophthalmitis* i ran zakażonych. 2) Wprowadzanie zbyt dużych kul, które powodują zbytnie napięcie i rozchodzenie się szwów. W przypadkach *phthisis bulbi*, jakoteż u dzieci, należy wyłuszczone oko zastępować małą kulką parafiny. 3) Niedostateczne zaszycie rany i pozostawienie wolnej przestrzeni między szwami. 4) Uszkodzenie tkanki pozagałkowej przy przecinaniu nerwu wzrokowego może spowodować wpadnięcie kuli parafinowej w głąb oczodołu, jak w przypadku Davis'a. 5) Używanie zbyt miękkiej i łatwo topliwej parafiny. Pod wpływem ciepłoty ciała mięknie ona jeszcze bardziej i zmienia swą postać. 6) Niedostateczna aseptyka tak podczas operacyi, jak i przy przyrządzaniu parafinowej protezy. Nieznaczne nawet zakażenie oka zazwyczaj cały zabieg unicestwia.

Czy można w każdym przypadku używać sposobów zastępczych zamiast zwyczajnej enukleacyi. (Can a Substitute for Simple Enucleation be employed in every Instance). G. Suker.

Lekarz, który podejmuje jakąkolwiek operacyę na twarzy, nie powinien spuszczać z oka oprócz głównego celu leczniczego niemniej nieraz ważnych względów kosmetycznych. Inaczej niejednokrotnie ściągnie na siebie żal ze strony operowanego. Odnosi się to zatem i do wyłuszczenia gałki ocznej. Dawny sposób enukleacyi nie odpowiada wcale wymaganiom kosmetycznym: 1) Tłuszcz oczodołowy i mięśnie ulegają pod zaszytą spojówką stopniowemu zanikowi, przez co jama oczodołowa nadmiernie się powiększa. 2) Ruchy powiek ulegają pewnemu ograniczeniu. 3) Kikut po wyjętej gałce okazuje ruchomość zgoła niedostateczną. 4) Ruchomość, jakiej kikut ten udziela protezie jest oczywiście jeszcze bardziej niewystarczającą. 5) Górna powieka zapada się, tworząc szpecące zagłębienie pod łukiem oczodołowym. 6) Pomiędzy protezą a spojówką powstaje zwykle przestrzeń wypełniająca się wydzieliną, która drażni spojówkę i wywołuje uporczywy nieżyt, a nadto uszkadza emalię sztucznego oka. 7) Długotrwałe drażnienie sprowadzić może odczynowe bujanie tkanki łącznej, która kurcząc się skraca załamki czasem do tego stopnia, że wkładanie protezy staje się wreszcie niemożliwe.

Z powodu tych licznych niedostatków zalecono, jak wiadomo, cały szereg sposobów powiększających podkład dla protezy przez wszywanie kul z najrozmaitszego materyału bądźto do wypatroszonej torebki twardówkowej (Mules), bądź też do torebki Tenona (Frost). Ze wszystkich do tego celu używanych materyałów za jedynie odpowiedni uważa autor kość odwapnioną (Suker

i Taith) lub szkło wolne od ołowiu. Wszelkie rodzaje heteroplastyki, polegającej na wszczepianiu gałek ocznych zwierzęcych, czy innej żywej tkanki organicznej uważa autor za niepewne w skutkach z powodu niedającego się z góry przewidzieć stopnia zaniku, jakiemu wszczepione tkanki z biegiem czasu ulegną. Pierwszeństwo przed wszystkiemi metodami oddaje operacyi Frosta, polegającej na wszyciu kuli ze szkła wolnego od ołowiu do torebki Tenona. Szkło takie pod wpływem soków wśródtkankowych nie ulega żadnej zmianie chemicznej, jest zatem doskonale obojętne, a przy należytem zaszyciu rany oczodół znosi dobrze obecność tego ciała obcego. Operacya Mules'a, pozostawiająca twardówkę i nieprzecięty nerw wzrokowy, wskazana w niektórych przypadkach, jak *panophthalmitis*, gdzie niechętnie wykonujemy enukleacyę zupełną, nie daje jednak, zdaniem autora, zupełnej pewności co do zapalenia, lub przynajmniej zadrażnienia współczulnego. Należy chyba przeciąć nerw wzrokowy i nerwy rzęskowe po za twardówką. Autor uzyskuje najlepsze wyniki, wszywając kule szklane do torebki Tenona. Przed wszczepieniem kulę gotuje się przez kilka godzin w rozczynie sublimatu 1:5000, następnie się płucze w rozczynie soli. Po włożeniu kuli zaszywa się po nad nią szwem kapciuchowym torebkę Tenona, mięśnie i spojówkę. Po operacyi należy zastosować okłady lodowe dla usunięcia nadmiernego obrzęku powiek i spojówki. Szwy usuwa się po upływie 7—10 dni.

O zapaleniu nerwu wzrokowego pochodzenia wśródgałkowego, w szczególności w następstwie plastycznego zapalenia naczyniówki. (On Optic Neuritis of Intraocular Origin, especially in the Form due to Acute Plastic Chorioiditis). H. Gradle (z Chicago).

Zapalenie nerwu wzrokowego zależne od przyczyn ogólnych, jak zatrucia, zakaźne choroby etc. bywa najczęściej obustronne, ilekroć zaś *neuritis optica* występuje na jednem oku, podejrzewamy w pierwszym rzędzie jakąś przyczynę miejscową. Autor zwraca uwagę na szczególnego rodzaju zapalną sprawę naczyniówki, która wedle jego doświadczenia bardzo często prowadzi do następowego zapalenia nerwu wzrokowego. Jest on skłonnym uważać ten zbiór zmian wśródocznych za chorobę *sui generis*. Cierpienie występuje prawie nagle zamgleniem wzroku spowodowanem przez *scotoma centrale*. Wziernik okazuje wtedy świeże ognisko w naczyniówce, w plamce żółtej lub jej najbliższej okolicy. Ognisko to powiększa się tylko do pewnej granicy i pozostaje zawsze jedynem. Równocześnie występują na błonie Descemeta nieliczne drobne złogi włóknikowej wypociny, które jednak wkrótce znikają. Na 12 spo-

strzeganych przypadków w 7 obraz choroby uzupełnił się jeszcze zapaleniem tarczy nerwu wzrokowego ustępującem zwykle przed upływem 3-go tygodnia od początku choroby. Ognisko zapalne w naczyniówce prowadzi do plamy zanikowej szarej lub białej z obwódką barwikową. *Neuritis* cofa się zazwyczaj bez pozostawienia jakiejkolwiek zmiany. Wzrok skutkiem *scotoma absolutum* lub *relativum* ulega mniej lub więcej znacznemu upośledzeniu. Etyologia choroby jest niejasna. Autor sądzi, że jest to cierpienie natury przerzutowej. W jednym przypadku za punkt wyjścia uznał *sinusitis maxillaris*, w drugim *endometritis*, w innych przypuszcza ukryte gdzieś w ustroju pierwotne ognisko zakaźne. Powstanie *neuritis* przypisuje działaniu toksyn, wytworzonych w ognisku naczyniówkowem. Za tem przemawiają także doświadczalne badania Deutschmanna i Ulricha, którzy wywołując *uveitis* przez wszczepienie bakteryi do ciała szklistego stwierdzali następnie częstokroć *neuritis optica ascendens consecutiva* — W przypadkach swoich podawał autor kalomel na wewnątrz. Jod i salicyl nie posiadały korzystnego wpływu.

O najlepszych sposobach badania chorób ocznych. (The Best Methods and Means of Examining Eye Patients). G. Savage.

Artykuł treści dydaktycznej, w którym autor kolejno przedstawia różne metody badania okulistycznego ze szczególnem uwzględnieniem sposobów wykrycia symulacyi oraz mierzenia różnych odmian heteroforyi, zwłaszcza cykloforyi.

Leczenie częściowego zaniku siatkówki i nerwu wzrokowego zapomocą elektryczności i mięsienia. (Treatment of Partial Optic and Retinal Atrophy by Electricity and Massage). Würdemann z Milwaukee.

Już przed 2 laty przedstawił autor w amerykańskiej »Academy of Ophthalmology and Oto-laryngology« wyniki swych badań nad leczeniem zanikowych spraw na dnie oka zapomocą elektryczności i mięsienia. Odtąd wzbogacił jeszcze swe doświadczenie w tym kierunku i na podstawie szeregu nowych przypadków podtrzymuje swe dawne twierdzenia. Wykazuje on, że tak *atrophia nervi optici genuina*, jak i zanik nerwu w następstwie *neuritis* nadają się do zastosowania zalecanych przez niego metod leczniczych. Przez odpowiednie zastosowanie elektrycznego prądu, oraz zapomocą masażu wibracyjnego można, zdaniem jego, powstrzymać i ograniczyć postępy zaniku, a nawet doprowadzić do poprawy bystrości wzroku i rozszerzenia pola widzenia. W zaniku nerwu

wzrokowego katoda prądu faradycznego sprowadza zaróżowienie przybladłej tarczy, co dowodzić ma poprawy stosunków odżywienia, tembardziej, że równocześnie stwierdzić się daje poprawa bystrości wzroku i rozszerzenie granic pola. Trwałych skutków można się tylko tam spodziewać, gdzie zanik ogranicza się do wśródgałkowego końca nerwu wzrokowego; przy *atrophia descendens*, np. w przypadkach *sclerosis disseminata*, leczenie pozostaje bez żadnego wpływu. W kilku przypadkach *retinitis pigmentosa* i *amblyopia toxica* uzyskał autor poprawę częścią przez zastosowanie elektryczności, częścią zapomocą masażu wibracyjnego. Ostre sprawy zapalne przedniego odcinka gałki ocznej stanowią przeciwskazanie zarówno dla masażu, jak i dla zastosowania elektryczności. Na poparcie swych wniosków przytacza autor 16 szczegółowych historyi chorób z szematami pól widzenia

Zestawienie statystyczne wad refrakcyjnych i zmian patologicznych w oczach 500 mężczyzn powyżej 60 roku życia. (A preliminary Statistical Inquiry into the Refractive and Some Pathological Conditions of the Eyes of 500 Men above 60 Years of Age). Greene (Dayton Ohio).

Autor miał sposobność przeprowadzić szczegołowe badania wzroku i zmian ocznych u 500 weteranów, zamieszkujących narodowy przytułek dla wysłużonych żołnierzy (National Military Home) koło Dayton w stanie Ohio. Wszyscy badani przekroczyli już 60-ty rok życia. Średni wiek wynosił 70·83 lat. Równocześnie dla wykazania związku, jaki zachodzi między pewnemi zmianami w oczach a ciśnieniem krwi, wykonał 455 pomiarów parcia tętniczego zapomocą przyrządu Janewaya. Zestawienia te wykazują wielki wpływ arteryosklerozy na przeróżne stany chorobowe oka, które występują wcześniej i w silniejszym stopniu, jeśli miażdżyca tętnic jest większa, niż to odpowiada wiekowi. Odnosi się to zwłaszcza do zmian starczych, tak że i pod tym względem sprawdza się aforyzm, że »człowiek starzeje się tak prędko, jak jego tętnice«. Z 455 starców badanych przyrządem Janevaya tylko u 15 (3·4%) ciśnienie krwi było prawidłowe, t. j. nie przekraczało 130 mm rtęci. U wszystkich innych ciśnienie to bądź obracało się w granicach już nie prawidłowych 130—150 mm rtęci, bądźto było wybitnie patologicznie wzmożone 160—280 mm rtęci. Z licznych danych statystycznych, zawartych w tej pracy, wymienić można w streszczeniu tylko najważniejsze. Z 500 badanych weteranów 34 tylko (8·2%) przyznawało się do przebytej kiły. Autor wyraża przekonanie, że cyfra ta jest o wiele niższą od rzeczywistej. Z tysiąca badanych oczu 255 okazywało rozpoczynającą się zaćmę ko-

rową, 84 *cataracta nuclearis incipiens*, 102 *cataracta nucleocorticalis incipiens*, 7 *cataracta polaris posterior*, 2 *cataracta traumatica*, 4 *cataracta capsularis*, 50 *cataracta matura*. Prócz tego podaje autor zestawienia zmian na dnie oczu, wad refrakcyi, wreszcie dane co do barwy tęczówki.

Miażdżyca naczyń krwionośnych w oku. (Angiosclerosis of the Eye). R. Scott Lamb (Waszyngton).

Najczęstsze przyczyny angioklerozy są następujące: syfilis, zaburzenia przemiany materyi, zatrucia, między temi alkohol i tytoń, dalej autointoksykacye, ostre choroby zakaźne, wreszcie angioskleroza może być wadą wrodzoną. Ważną jest rzeczą umieć rozpoznać zapomocą wziernika pierwsze, najwcześniejsze objawy rozpoczynającej się miażdżycy naczyń na dnie oka: lekkie zamglenie siatkówki w otoczeniu tarczy nerwu wzrokowego i nieznaczne zatarcie granic tarczy, drobne węzełki i zgrubienia w przebiegu włosowatych rozgałęzień naczyń i zlekka zaznaczająca się *tortuositas* zwłaszcza w okolicy plamki żółtej, oraz na obwodzie siatkówki. Dopiero w późniejszych okresach występują znane białe obwódki, podwójne kontury naczyń i wyraźne, znaczne zgrubienia. Wczesne rozpoznanie zmian miażdżycowych jest dlatego ważne, że tylko w pierwszych okresach odpowiednie leczenie może święcić tryumfy, gdy wobec zmian daleko posuniętych, a zwłaszcza wobec następowych zwyrodnień i zaników siatkówki i naczyniówki bywa już zwykle prawie zupełnie bezsilnem.

Revue générale d'Ophtalmologie. R. 1908. Nr 2. (Referent K. W. Majewski).

O krwiakach pochewek nerwu wzrokowego. (Les hématomes des gaines du nerf optique). Rollet.

Wylew krwi do pochewek nerwu wzrokowego może być, jak każdy krwotok, albo samoistny, albo wywołany urazem. Krwotok urazowy często występuje wskutek pęknięcia podstawy czaszki. Krwistek samoistny zdarza się o wiele rzadziej. Autor przytacza 4 własne spostrzeżenia, z których 3 pierwsze odnoszą się do przypadków złamania czaszki, czwarty zaś jest tylko podaniem wyników mikroskopowego badania preparatu muzealnego, pochodzącego jeszcze z czasów prof. Gayeta, poprzednika Rolleta na katedrę. W jednym z przypadków urazowych spostrzegał autor objaw wziernikowy patognomoniczny dla *haematoma vaginae nervi optici:* mianowicie tarczę nerwu wzrokowego otaczał ciemno-krwa-

wy pierścień *(halo haemorrhagicus)* zupełnie różniący się od t. zw. pierścienia naczyniówkowego, przytem nitkowate zwężenie rozgałęzień tętnicy środkowej. Co do umiejscowienia krwi wśród pochewek nerwu, to krew wypełnia zazwyczaj przestrzeń podpajęczą, pod twardą zaś oponą wydziela się włóknik. Krwotok do pochewek nerwu wzrokowego towarzyszył we wszystkich 3 przypadkach śmiertelnemu, mimo trepanacyi, krwotokowi podoponowemu. Autor sądzi, że w przypadkach krwotoku pozaoponowego, dającego lepsze rokowanie co do życia, nie wytworzy się zazwyczaj krwistek w pochewkach nerwu wzrokowego, o ile uraz nie dosięgnie bezpośrednio samego nerwu wzrokowego.

Wiener Medic. Wochenschrift. R. 1908. Nr 6 i 7. (Referent Dr Piotr Geisler).

Sofol jako środek zapobiegawczy przeciw tryprowemu zapaleniu spojówek u noworodków. (Sophol als Vorbeugungsmittel bei Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum). Dr Gallatia.

Autor zapuszczał w szpitalu w Lublanie u 280 noworodków 5% roczczyn sofolu do worka spojówkowego z pomyślnym wynikiem. W dwóch przypadkach, w których matki przed porodem chorowały dłuższy czas na wypływ tryprowy, nie okazywały spojówki noworodków po zapuszczeniu owych kropli żadnego podrażnienia. Zaletą tego środka ma być brak podrażnienia spojówek i nie sprawia bólu, z tego względu powinno się go u noworodków stosować.

O znaczeniu przecięcia wszystkich mięśni prostych gałki ocznej pod względem kosmetycznym, czynnościowym i zapobiegawczym. (Über die kosmetische, funktionelle und prophylaktische Bedeutung der Durchschneidung sämtlicher Recti des Augapfels). Radca Dworu Prof. Dr Wicherkiewicz.

W przypadkach zaniku oka z charakterystycznemi wcięciami spowodowanymi uciskiem mięśni prostych na chorobowo zmienioną i mniej odporną gałkę oczną, radzi autor, jeżeli się chory nie chce zgodzić na wyjęcie gałki z powodu grożącego zapalenia sympatycznego, przeciąć wszystkie mięśnie proste i przez to usunąć szkodliwe działanie tychże.

Autor miał sposobność jeszcze w roku 1902 operować w ten sposób człowieka z objawami współczulnego zapalenia. Prawe oko było do połowy zanikłe i na ucisk bolesne, lewe z objawami zapalenia ciałka rzęskowego i upośledzeniem wzroku do $^6/_{18}$. Ponie-

waż chory na wyjęcie gałki się niezgadzał, a sympatyczne zapalenie mimo energicznego leczenia szybko postępowało, przeciął autor wszystkie mięśnie proste. Zaraz po operacyi wystąpiła gałka ku przodowi, wcięcia się zmniejszyły, a z czasem całkiem zanikły, bolesność ustąpiła a co najważniejsze, zapalenie sympatyczne zaczęło ustępywać, a wkrótce całkiem ustąpiło.

Od tego czasu miał autor sposobność jeszcze sześć podobnych przypadków operować z równie dobrym wynikiem.

Operacyę wykonuje autor w następujący sposób: Po znieczuleniu spojówki kokainą, wstrzykuje podspojówkowo w kierunku mięśni prostych nowokainę z adrenaliną w małej ilości, przecina spojówkę naokoło rogówki i przecina następnie po kolei cztery mięśnie proste tuż obok gałki. W końcu zakłada się szew kapciuchowy i ściąga tak mocno końce nitki jedwabnej, że spojówka dotyka obwodu rogówki i później się je wiąże.

Zalety tej operacyi są następujące: Zapadła gałka występuje ku przodowi, ruchomość nie jest upośledzona, zez zostaje naprawiony, w dwóch przypadkach z poczuciem światła nawet wzrok się poprawił, zapobiega się zapaleniu sympatycznemu, bóle po operacyi natychmiast ustępują, a co najważniejsze chory posiada własne oko.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Paryzkie Towarzystwo oftalmologiczne.

Posiedzenie z dnia 5-go listopada 1907.

Kalt: *W sprawie odczynu ocznego Calmette'a.*

K. przypomina przypadki przedstawione przez siebie na poprzedniem posiedzeniu i ponownie zwraca uwagę, że zapuszczanie roztworu tuberkuliny do worka spojówkowego w przypadkach gruźlicy wśródocznej zdaje się wywierać zgubny wpływ na przebieg ocznego cierpienia.

Dyskusya:

Lapersonne podnosi, że Calmette sam wyraźnie przestrzega przed stosowaniem próby ocznej w przypadkach gruźlicy wśródgałkowej.

Terrien opowiada o przypadku 18-letniej dziewczyny z gruźlicą kręgów, w której wkrótce po zapuszczeniu 1 kropli tuberkuliny pojawiły się na spojówce wybujałości przypominające wielce nacieki gruźlicze.

Morax: Wszystko co dotąd przeciwko oftalmoreakcyi zostało podniesione nie powinno nas skłaniać do zarzucenia tego sposobu rozpoznawczego. Z zastrzykiwaniami tuberkuliny podskórnemi było z początku tak samo. Dopiero dłuższe doświadczenie przekonało badaczy o rzeczywistej wartości tuberkuliny i pouczyło jakich przy jego użyciu przestrzegać należy ostrożności.

Rochon Duvigneaud wspomina o przypadku *keratocyclitis interstitialis*, w którym po dwóch zastrzyknięciach tuberkuliny wystąpiły bardzo silne objawy zapalne, następnie jednak stan zaczął się stale poprawiać aż do zupełnego wyleczenia. Tu najwidoczniej silna reakcya po tuberkulinie wywarła na przebieg choroby wpływ zbawienny.

Sulzer: *Rzekomy guz oka.*

S. przedstawia 17-letniego chorego, którego badał po raz ostatni w lutym 1906; stwierdził wtedy objawy jaskry na prawem oku, odblasku z dna nie można było wydobyć. W jednem miejscu pod spojówką gałki widoczne były plamki barwikowe. Rozpoznano nowotwór wśródgałkowy i oko wyjęto. Badanie gałki nie wykazało jednak żadnego nowotworu, a tylko drobnokomórkowe nacieczenie siatkówki, naczyniówki, a zwłaszcza tęczówki. W czasie enukleacyi oka prawego wzrok oka lewego był prawidłowy, chociaż było widać już ogniska w otoczeniu plamki żółtej. Obecnie wzrok tego oka dawno już osłabł. Wziernik wykazuje znaczne zaćmienie ciała szklistego i ogniska wysiękowe i krwotoczne w siatkówce. Anamneza nie wykazuje nic więcej oprócz uderzenia kulą śniegową w oko prawe i to jeszcze w dzieciństwie. Istota sprawy chorobowej jest tutaj zupełnie niejasną.

Monthus i Descamp: *Przypadek gruźlicy ocznej.*

Autorowie przedstawiają 22-letnią dziewczynę pozostającą od 4-ch lat w leczeniu w *l'Hôtel Dieu*. Zrazu stwierdzono tylko guz szeroką podstawą wyrastający z twardówki. Żadnego owrzodzenia. Wziernik wykazywał w miejscu odpowiadającem usadowieniu tego guza ognisko zanikowe w naczyniówce. Guz odcięto i twardówkę w tem miejscu przypalono. Dziś widoczne są tylko nieznaczne blizny szaro łupkowo zabarwione. Wykonano wówczas szczepienia na morskich świnkach, które następnie padły na gruźlicę. Z wywiadów dowiedziano się, że chora na 6 miesięcy przed wystąpieniem cierpienia ocznego miała wrzody na palcu prawdopodobnie przyrody gruźliczej. W ostatnim czasie wystąpiła u chorej paraplegia z powodu gruźliczego zapalenia kręgów grzbietowych.

Carlotti: *Aneurysma arteriovenosum orbitae na tle urazu.*

C. przedstawia chorego po raz wtóry; pierwszy raz przedstawił go na posiedzeniu lipcowem Leczenie polegało na wstrzykiwaniu żelatyny. Chemoza znikła zupełnie, trzeszcz gałki zaledwie jeszcze widoczny, szmeru przy auskultacyi prawie już nie słychać. Ruchy prawej gałki ocznej są nieco upośledzone. Tarcz zastoinowa mniej wybitna niż poprzednio.

Dubois de Lavigerie: *Owrzodzenie na spojówce niejasnego pochodzenia.*

U 23-letniego chorego na spojówce chrząstkowej powieki lewej widać owrzodzenie wielkości ziarna małej soczewicy o szarawem dnie i dość płytkie. Bez doświadczenia na zwierzęciu rozpoznania postawić nie można. Gruczoł przyuszny jest bolesny.

Antonelli widział podobny przypadek, gdzie owrzodzenie usadowiło się na górnym brzegu chrząstki lewej powieki górnej prawie już na załamku przejściowym. Wystąpienie wysypki plamistej dowiodło, że był to pierwotny wrzód kiłowy.

Terrien pokazuje głowę płodu jednookiego. Preparat pochodzi z płodu owcy prawie donoszonego. Istnieje tylko jedno oko umieszczone dokładnie w linii środkowej ponad nasadą nosa. Powieki otaczają szeroko rozwartą szparę, mającą postać trójkąta o łukowatych bokach. Dłuższy bok trójkąta odpowiada górnej powiece, dwa zaś krótsze boki stanowią powiekę dolną powstałą ze zrośnięcia obu pierwotnych powiek dolnych w pionowej linii bliznowatej. Rogówka tworzy trójkąt równoboczny wierzchołkiem ku górze zwrócony, tęczówka zanikła, soczewka zaćmiona.

H. Joseph przedstawia stereoskop lusterkowy Pigeon'a, zapomocą którego można wykazać środkowe ubytki w polu widzenia.

[Wedł. Ophth. Klin.] *K. W. Majewski.*

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Dr R. Seefelder w Lipsku habilitował się.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Zmarł Dr D. B. St. J. Rosa, Prof. oftalmologii przy Post-Grauate Medical School and Hospital w Nowym-Yorku.